

※研修会場の近隣に、コンビニ等、課題をコピーできる場所はありません。
必ず、研修第1日目開始までに、課題を必要部数ご準備ください。

重要

令和5年度 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・更新研修A(前期)

事前課題 提出の手引

| | 提出課題チェックリスト ※ 第1日目受講前にご確認ください | | ✓ |
|-------|-------------------------------|--|---|
| (課題1) | 私が目指すケアマネジャー像とは【様式1】 | 左半分を記入できていますか？ | |
| (課題2) | ① 事例報告シート【様式2】 | タイトルも記入できていますか？ | |
| | ② アセスメントシート【様式3】 | 様式3-1～4まで揃っていますか？ 住宅平面図等、空欄はありませんか？ | |
| | ③ 居宅・施設サービス計画書(第1表)【様式4】 | 利用者や家族、主治医、事業所名 | |
| | ④ 居宅・施設サービス計画書(第2表)【様式5】 | などの個人情報が残っていません | |
| | ⑤ 週間サービス計画書(第3表)【様式6】 | か？ | |

【注 意】

本手引の記載内容を確認のうえ、研修第1日目に上記の課題を必ず5部ご持参ください。受講決定通知にも記載したとおり、持参・提出が無い方は、受講ができません。

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター

も く じ

| | |
|--------------------------|---|
| 1 はじめに | 2 |
| 2 提出のため準備するもの・提出方法 | 2 |
| 3 課題作成にあたっての留意事項 | 3 |
| 提出課題の様式 | 5 |

(1)私が目指すケアマネジャー像とは(ワークシート) 【様式1】

(2)演習で使用する検討事例

① 事例報告シート 【様式2】

② アセスメントシート 【様式3-1~3-4】

③ 居宅・施設サービス計画書(第1表) 【様式4】

④ 居宅・施設サービス計画書(第2表) 【様式5】

⑤ 週間サービス計画書(第3表) 【様式6】

※上記【様式1】～【様式6】については、兵庫県福祉人材研修センターのホームページ(<https://hfkensyu.com>)の、以下の場所に掲載しています。

トップページ>介護支援専門員(ケアマネジャー)関連の研修(研修推進部)>開催中の介護支援専門員研修の様式集>専門研修課程Ⅰ・更新研修A(前期)

1 はじめに

専門研修課程Ⅰ・更新研修A(前期)については、受講前に準備していただく課題(ホームワーク)があります。

本研修では、各受講者が持参した課題を基に、第1日目から演習を行いますので、予め準備のうえ研修にご参加いただくようお願いします。

本研修では、初期段階で、「これまでのケアマネジャー実践を振り返り、目標設定をすること」「自身の実践事例を振り返り、ケアマネジメントプロセスにおける課題を把握すること」が、求められています。

研修第1日目に課題様式すべての提出ができなければ、研修受講が認められません。

2 提出のため準備するもの・提出方法

課題1) 私が目指すケアマネジャー像とは

・私が目指すケアマネジャー像とは(A4ワークシート)【様式1】

課題2) 演習で使用する検討事例

- ・事例報告シート【様式2】
- ・アセスメントシート【様式3-1~3-4】
- ・居宅・施設サービス計画書1表【様式4】
- ・居宅・施設サービス計画書2表【様式5】
- ・週間サービス計画書3表【様式6】

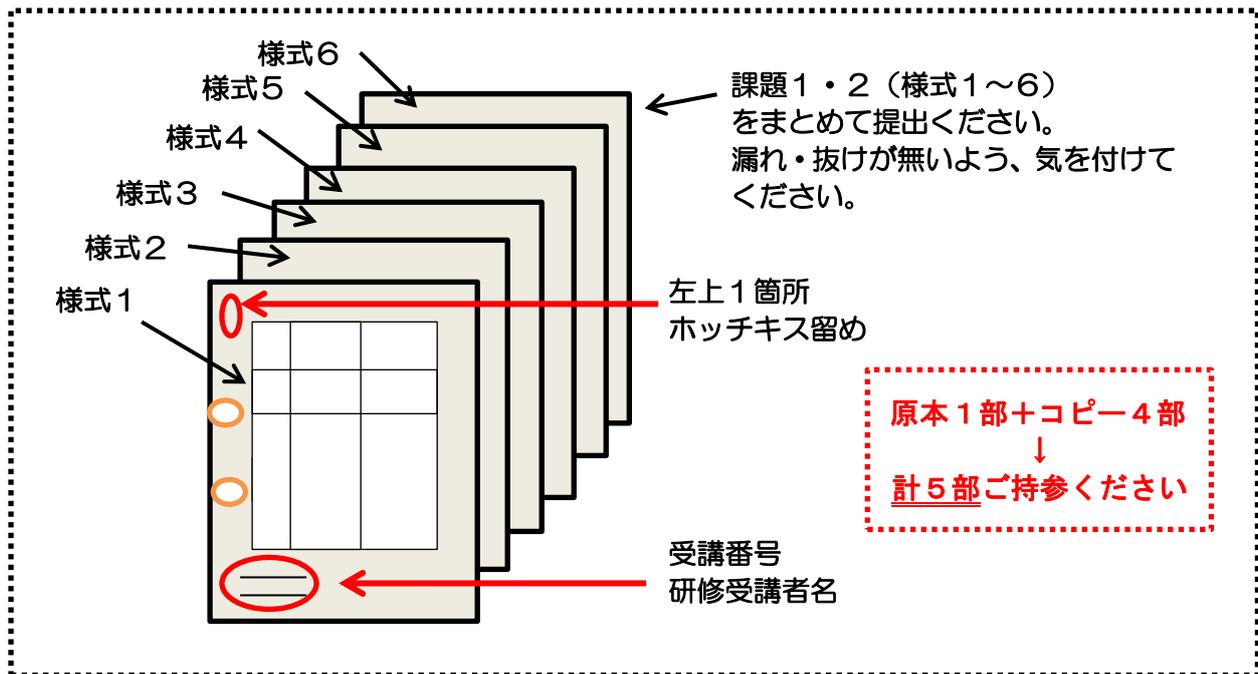
* 課題1・2ともに、ご自身の分(原本)のほか、グループ配付用、事務局提出用も必要です。原本とともに、コピー4部もあわせて持参ください。

(原本1部を含め**全部で5部が必要**となります)

* 研修会場ではコピーができませんので、あらかじめご準備をお願いします。

* 手書きでの作成、パソコンでの作成、いずれも可とします。

* 提出は、各様式をそろえてご提出いただきます。次のページもお目通しください。



- * 上図のように、【様式1】～【様式6】を上から順番に並べ、左上1箇所をホッチキス留めしてください。原本1部とともに、コピー4部についても同様にまとめておいてください。
- * 事務局提出用の1部は、事前に左端に2か所穴あけをお願いします（事前に行えない方は、当日会場でも穴あけパンチをご用意しています）。
- * 課題の提出方法については、研修第1日目の朝に、研修センタースタッフから全体にご案内いたします。

3 課題作成にあたっての留意事項

課題1) 私が目指すケアマネジャー像とは（ワークシート） 【様式1】

- * 【様式1】のシートについては、事前に左半分のみをご記入ください。右半分は、研修最終日（9日目）に記載する箇所ですので、空欄のままにしてください。

課題2) 演習で使用する検討事例 【様式2～6】

- * 【様式2】「事例報告シート」は、短時間で他の受講生に事例を報告するためのシートです。空欄が無いように、自身の事例を、要点を押さえて報告しやすいよう記載してください。

- * 事例は、ご自身でケアプラン作成を経験したものを基に準備してください。
- * 現在事例をお持ちでない方は、以前担当した事例や現在相談を受けている事例などでケアプランを作成してください。予防プランは対象外です。予防プランしか作成したことのない方は、「利用者の状態が変化した」と仮定したケアプランをご準備ください。
- * いずれの様式においても、個人情報の保護には、細心の注意を払って作成してください。利用者の名前、個人を特定できる住所や生年月日、電話番号などは明記しないでください（→例えば、Aさん、B事業所、C市、D病院など、記号化して記載）。
- * 【様式3】の「アセスメントシート」は、複数枚あります。必要な項目をしっかりと記載してください。1枚目の「基本情報(フェイスシート)」から最後の「個人因子(プラス・マイナス)」に至るまで、空欄が無いように記載をしてください。記載できる情報がない場合は、「なし」と記入してください。空欄が多いと、事例の検討に必要な情報が不足し、グループでの演習に支障がでます。また、冒頭には、必ずタイトルつけるようにしてください。

(タイトル例)

「慢性疾患で閉じこもりがちなAさんに、趣味・外出活動を促した事例」
「もの忘れがすすむ中でも、住み慣れた自宅で暮らし続けたいと希望するBさんの事例」

- * 【様式4】～【様式6】の「サービス計画書」についても、必要な項目を明記しているか確認をしてください。なお、これらサービス計画書については、本手引で指定する様式のほか、2021（令和3）年度の改訂前の計画書様式を使用しても構いません。現在、所属している事業所で使用されている様式をご利用いただいても構いません。その場合は特に、個人が特定できる情報を記号化するなど、個人情報の保護にはご留意ください。

* 各様式は次ページ以降にあります。

* 各様式は本センターのホームページ

https://hfkensyu.com/guide/kaigo_youshiki/
にも掲載（ワード・エクセル）していますので、
ダウンロードしてパソコンでの作成も可能です。

事前課題（ホームワーク）：私が目指すケアマネジャー像とは

【様式1】

*本演習シートは、研修第1日目及び研修第9日目で使用します。研修受講前に、下表の左半分を記載して研修に臨みましょう。（班番号は当日班が分かってから記入します。）

（受講番号） _____ （1日目班番号） _____

（受講者氏名） _____ （9日目班番号） _____

専門研修課程Ⅰ・更新研修A（前期）を受講するに当たり、以下の設問について自身の言葉で整理をしましょう。

| No. | 設問内容 | 現在の考えや思いなど （研修受講前に記載） | 現在の考えや思いなど （研修9日目に記載） |
|-----|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | どうしてケアマネジャーとして働いているのですか。 | | |
| 2 | ケアマネジャーとして何を大切にしているのですか。 | | |
| 3 | 何を目的にケアマネジメント業務を行っているのですか。 | | |
| 4 | 目標としているケアマネジャー像とは何ですか。 | | |
| 5 | これまでの実務を振り返りこの研修で学びたいことは何ですか。 | | |

事例報告シート

※研修1日目に持参いただく事例を短時間（8分）で報告していただきます。円滑に事例が報告できるよう、本シートに事例の概要などをあらかじめ整理してください。

受講番号:()/班番号:()/氏名:()

| |
|--|
| 事例タイトル |
| 例) 慢性疾患で閉じこもりがちなAさんに、趣味・外出活動を促した事例 |
| 事例検討したいと考えた理由 |
| |
| 事例の概要 ※利用者や家族が何を問題と感じているかも含めて整理 |
| |
| ケアマネジャーとして考える問題状況と目標（私はこのようにしていきたい） |
| |

※利用者・ご家族等の個人情報（名前・連絡先等）、連携先の事業所名等は記号化してください。

【 様式 3-1 】

兵庫県介護支援専門員研修 フェイスシート・アセスメントシート

| 基本情報(フェイスシート) | | | |
|---|---|--|-------|
| 利用者名： A氏 | | 性別： | 年齢： 才 |
| 家族構成 ※主たる介護者もしくはキーパーソンに☆ | | ジェノグラム | |
| | | | |
| 要介護状態区分 | 障害高齢者の日常生活 自立度判定基準 | 認知症高齢者の日常生活 自立度判定基準 | |
| <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | |
| 既往症・現症 | 発症年月 | 医療機関名 | 医師名 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 現在使用している薬剤 | | | |
| | | | |
| 現在使われているフォーマルサービス | | 現在使われているインフォーマルサポート | |
| | | | |
| 相談に至った経緯 | | | |
| | | | |

| 課題分析用 アセスメントシート | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 生活史 | ※輝いていた日々、つらかったこと、好きなこと、嫌いなこと等も |
| | |
| 主訴(困りごと・要望) | ※本人・家族別々に なるべく“語り”そのままに |
| 本人： | |
| 家族： | |
| 健康(疾患) | ※増悪時の注意点、日々の生活におけるチェックポイント等 |
| | |
| 精神機能(精神機能障害) | ※BPSD、気分・感情障害等含む |
| | |
| 身体機能・身体構造(身体機能障害・身体構造障害) | ※褥瘡等も |
| | |

| 活動『ADL(日常生活動作)』・活動制限 | |
|---|--|
| 基本動作(基本動作の制限) ※寝返り・座位・歩行・持つ等どこで、どのように | |
| | |
| コミュニケーション(コミュニケーションの制限) | |
| | |
| 睡眠・入浴・食事・排泄・整容(洗顔・口腔ケア・整髪等)・更衣・ADLの制限 ※どこで、どのように | |
| 睡眠： | |
| 入浴： | |
| 食事： | |
| 排泄： | |
| 洗面・口腔内保清： | |
| 整容： | |
| 更衣： | |
| 活動『IADL(手段的日常生活動作)』・活動制限 | |
| 服薬・金銭管理・外部連絡・社会的諸手続き・移動・買物・調理・洗濯・掃除等 | |
| 受診・服薬： | |
| 金銭管理： | |
| 外部との連絡(緊急時等)： | |
| 社会的諸手続き： | |
| 移動： | |
| 買物： | |
| 調理・洗濯・掃除： | |

| | |
|--|---------------------|
| 参加(役割)・参加(役割)制約 | |
| | |
| 環境因子 | |
| 人的環境（促進的・阻害的） | |
| | |
| 物的環境（促進的・阻害的） | |
| 住居 ※持ち家・マンション・段差・危険箇所等 居宅周囲の環境、近隣環境（病院・店舗等） ※施設入居者の場合の平面図は、居室内を記述してください | |
| 住宅平面図 ↓ | （居宅周囲の環境、近隣環境などを記述） |
| | |
| 制度的環境（導入されている制度） 年金・障害者施策・成年後見制度等 | |
| | |
| 個人因子（プラス・マイナス） | |
| 個性（ものの考え方・習慣・趣味・嗜好・宗教等） | |
| | |

居宅・施設サービス計画書（1）

【様式4】

第 1 表

作成年月日 年 月 日

利用者名は「A氏」と記号化してください。生年月日・住所欄は記入不要です。

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 A 殿 生年月日 **年 **月 **日 住所 *****

サービス計画作成者氏名及び職種 計画作成担当 介護支援専門員

サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 県 市 事業者名

サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| 要介護状態区分 | 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 |
| 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果 | |
| 介護認定審査会の意見 | |
| 総合的な援助の方針 | |

※利用者・ご家族等の個人情報（名前・連絡先等）、連携先の事業所名等は記号化してください。

第 3 表

■週間サービス計画書

【 様式 6 】

作成 年 月 日

利用者名 A 殿

| 利用者名 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | |
| 深夜 | | | | | | | | |
| 早朝 | | | | | | | | |
| 午前 | | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | |
| 夜間 | | | | | | | | |
| 深夜 | | | | | | | | |

週単位以外のサービス